

CONTRIBUTION

N^o 17

A L'ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE

DU

PLACENTA PRÆVIA

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 16 MARS 1894

PAR

Gabriel ROUCH

Né à Béziers (Hérault)

LICENCIÉ EN DROIT

MÉDAILLE DE BRONZE (Épidémie cholérique de 1893)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

—
1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET..... DOYEN
CARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et toxicologie	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (*).
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Anatomie	PAULET (O. * * *).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL.
Opérations et appareils.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	N....
Id. HÉDON (Ch. du c.)	
Pathologie interne	N....
Id. RAUZIER (Ch. du c.)	

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.
Histologie.....	DUCAMP, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. SERRE	MM. SARDA	MM. RAUZIER
BAUMEL	ESTOR	LAPEYRE
GERBAUD	HEDON	MOITESSIER
GILIS	LECERCLE	
BROUSSE	DUCAMP	

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. GRYNFELTT, <i>président</i> .	MM. GERBAUD, agrégé.
JAUMES, professeur.	ESTOR, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

A MA MÈRE

G. ROUCH.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

LE DOCTEUR GERMAIN ROUCH

LICENCIÉ ÈS SCIENCES NATURELLES

MÉDECIN DE PREMIÈRE CLASSE DES COLONIES

Mort à l'âge de 33 ans, à Porto-Novo (Dahomey), des suites des blessures reçues à la prise de Kana

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MA TANTE CLARA MILLIÉ

A MES PARENTS

G. ROUCH.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRYNFELT

G. ROUCH.

A MES MAITRES

A MES AMIS

G. ROUCH.

PRÉFACE

Ce travail, dont nous avons volontairement restreint le cadre, n'a que les plus modestes prétentions.

Frappé de la gravité des cas de placenta prævia, nous nous sommes proposé, laissant de côté les discussions de théorie pure, de réunir quelques observations inédites, et d'en tirer des conclusions pratiques.

S'il est une affection où l'accoucheur ait entre les mains la vie de deux êtres, c'est bien celle dont nous avons dans cette étude essayé d'établir le traitement : c'est dans cette circonstance surtout qu'il est indispensable au praticien de posséder une connaissance approfondie de son art.

Aussi n'avons-nous pas hésité, bien que notre préférence portât sur une méthode, à examiner tous les moyens préconisés, de façon à ne pas nous trouver complètement désarmé, quelles que fussent les circonstances au milieu desquelles nous pourrions être appelé à nous trouver.

Après de brèves généralités sur le placenta prævia et l'hémorragie, nous étudions dans un premier chapitre les procédés qui nous paraissent acceptables aujourd'hui. Dans un second, nous faisons un essai de critique comparée de ces différentes méthodes. Fixés sur leur valeur absolue et relative, nous passons à l'application clinique pendant les diffé-

rentes phases de la grossesse, du travail et de la délivrance.

Nous terminons par l'étude du régime que doit suivre la femme après un accouchement aussi laborieux et mouvementé.

Qu'il nous soit permis de remercier sincèrement ici tous ceux qui ont bien voulu nous aider de leurs conseils et nous communiquer les observations qui complètent cette étude.

M. le Dr Puech, chef de clinique obstétricale, a droit d'une façon particulière à tous nos remerciements et à notre reconnaissance. C'est un plaisir pour nous de le reconnaître et de l'en assurer.

Nous prions M. le professeur Grynfeldt, notre maître pendant notre long séjour à la clinique d'accouchements, de croire à notre respectueux dévouement et d'agréer l'expression de notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE
DU
PLACENTA PRÆVIA

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS SUR LE PLACENTA PRÆVIA
ET L'HÉMORRAGIE

« Le placenta est dit *prævia* quand il se trouve inséré sur un point quelconque de la voie utérine que le fœtus doit suivre pour arriver au dehors des organes génitaux. » Nous laisserons de côté les cas fort rares, et surtout peu démontrés, de grossesses cervicales et même vaginales, et n'étudierons que l'insertion sur le segment inférieur de l'utérus.

Nous diviserons les placentas *prævia* en deux catégories seulement :

1° Le placenta *prævia* central, comprenant : le placenta central proprement dit, le placenta central partiel ;

2° Le placenta *prævia* latéral, comprenant : le marginal, le latéral.

Le placenta peut donc s'insérer sur l'orifice interne de l'utérus, soit par son centre, soit par un point quelconque de sa

surface ; il peut affleurer par son bord l'orifice interne ; ces différentes variétés n'ont nullement besoin d'être définies, car nous ne nous attarderons pas à discuter si l'insertion centre pour centre existe réellement, cette discussion ne pouvant qu'être oiseuse, et ne rentrant pas dans le cadre de notre étude, toute pratique ; mais nous devons expliquer ce que nous entendons par placenta prævia latéral.

A quel point l'insertion dans le voisinage de l'orifice interne est-elle vicieuse ? A quel moment cesse-t-elle de l'être ? Quelle est, en un mot, la limite entre le placenta prævia et le placenta normal ?

Avec Barnes, nous diviserons l'utérus en trois zones par deux plans perpendiculaires à son axe. Ces deux plans le coupent suivant deux cercles : le cercle polaire supérieur, le cercle polaire inférieur. Barnes trace ce dernier à 8 centimètres environ de l'orifice interne et considère comme prævia toute insertion dans la région qui est au-dessous. Nous appellerons donc, avec l'accoucheur anglais, placenta prævia latéral « celui dont le bord inférieur se trouve de 1 à 8 centimètres de l'orifice interne de l'utérus. »

DIAGNOSTIC. — Pendant la grossesse, nous ne pouvons faire le diagnostic de l'insertion vicieuse du placenta qu'à l'aide d'un ensemble de symptômes, dont chacun en particulier ne saurait suffire à éclairer le praticien.

Une grossesse, normale jusqu'au septième ou huitième mois, est troublée ou interrompue par une ou plusieurs hémorragies dont nous étudierons plus loin les caractères, par la rupture prématurée des membranes et l'écoulement du liquide amniotique. On constate une présentation défectueuse, et le toucher donne les indications suivantes : épaissement anormal du segment inférieur de l'utérus, absence de ballottement, sensation d'une masse spongieuse interposée entre le

doigt et la partie fœtale. De ces divers facteurs, qui peuvent coexister, il manque souvent un et même plusieurs termes, et il est dès lors difficile de poser des conclusions fermes.

Plus facile est le diagnostic pendant le travail. Outre les signes précédents, on peut recourir à l'exploration directe. Elle sera faite avec plus ou moins de fruit, suivant le degré d'effacement du col, suivant la dilatation et la variété d'insertion placentaire. Il est évident qu'avec la variété marginale, et surtout latérale, le placenta sera la plupart du temps inaccessible, et on ne pourra que présumer l'insertion vicieuse à l'aide des données précédemment indiquées.

PRONOSTIC. — Le pronostic est très grave pour la mère et pour l'enfant :

L'enfant naît chétif : le placenta prævia, inséré sur un terrain insuffisant, ne se développe pas comme à l'état normal et ne peut subvenir convenablement à la nutrition du fœtus, et cela, d'autant plus que le champ de l'hématose est considérablement restreint par les décollements successifs causés par les hémorragies inter-utéro-placentaires antérieures au travail. Le fœtus peut très souvent être expulsé avant terme. Enfin la présence du placenta sur le segment inférieur de l'utérus est cause de présentations défectueuses, d'où retard dans l'expulsion au moment du travail.

Pour la mère, le grand danger, c'est l'hémorragie : hémorragie pendant la grossesse et pendant l'accouchement ; hémorragie pendant la délivrance, qui présente dans le cas de placenta prævia des difficultés exceptionnelles ; hémorragie enfin par inertie utérine après la sortie de l'arrière-faix.

Ces pertes répétées peuvent tuer la femme, ou du moins la jeter dans un état de cachexie dont elle a souvent beaucoup de peine à sortir.

Le pronostic est donc sombre, d'autant plus sombre que les

pertes paraissent plus tôt, que la dilatation est moindre et les contractions plus faibles, que la présentation est défectueuse. Enfin et surtout le pronostic dépend du traitement, en un mot *de la durée de l'hémorragie et de la lenteur de l'utérus à se vider.*

HÉMORRAGIE. — L'hémorragie est donc le symptôme qui, dans le cas de placenta prævia, domine la scène ; c'est contre elle surtout que devra être dirigé le traitement.

Étudions-en rapidement les caractères et l'étiologie.

La première perte apparaît brusquement, insidieusement, sans douleurs, sans coliques, sans cause occasionnelle ; elle présente le double caractère d'être nocturne et intermittente. La femme s'est couchée bien portante, elle se réveille baignée dans son sang, elle perd plus ou moins abondamment, puis tout rentre dans l'ordre jusqu'à ce qu'une nouvelle hémorragie fasse son apparition à un intervalle plus ou moins éloigné.

Cette première perte apparaît généralement dans les trois derniers mois de la gestation. Elle est exceptionnelle à une époque antérieure ; mais elle peut aussi ne se montrer qu'avec les premières douleurs.

Tout cela dépendra évidemment des conditions d'insertion du placenta et de l'énergie des contractions utérines.

L'hémorragie peut être *interne*, *externe* ou *mixte*.

Dans le premier cas, le sang s'accumule dans la cavité utérine sans paraître à l'extérieur.

Elle est externe lorsque le sang s'écoule immédiatement au dehors des organes génitaux ; mixte, quand une partie de la perte s'accumule à l'intérieur, tandis que l'autre fait son apparition à l'extérieur.

Il est d'un intérêt pratique de se rappeler les diverses formes que peut revêtir l'hémorragie. Le sang ne paraît pas à l'extérieur, mais la femme éprouve des bourdonnements d'oreille,

de la dyspnée, du vertige; son pouls s'affaiblit et devient filiforme, il faut se méfier et se tenir prêt à agir.

Ces symptômes sont plus ou moins marqués, suivant que l'hémorragie est faible ou grave. Mais il est de toute nécessité de se rendre bien compte de ce qu'est une hémorragie faible, de ce qu'est une hémorragie grave.

La gravité de l'hémorragie ne dépend pas toujours de la quantité de sang perdue. Sous la maladie il y a la malade : telle femme, anémiée par des pertes antérieures, d'une complexion délicate, peut avoir une syncope mortelle avec une perte à peine plus abondante que celle de la délivrance, à l'état physiologique. Telle autre perdra 500 grammes de sang et n'éprouvera qu'une faiblesse de peu de durée.

Une hémorragie donc devient sérieuse quand elle compromet la santé de la femme, quelle que soit la quantité de sang perdue. Le critérium n'est pas l'écoulement, mais la façon dont la malade supporte cette perte et réagit contre elle.

PATHOGÉNIE DE L'HÉMORRAGIE. — Nous devons terminer ce rapide aperçu sur le placenta prævia, et l'hémorragie qui en est le plus ordinairement la conséquence, par quelques mots sur la pathogénie de ce symptôme.

Il est hors de doute maintenant qu'il est dû au décollement du placenta, mais de quelle manière se fait ce décollement ?

Au sixième mois, le placenta a acquis tout son développement, tandis que le segment inférieur de l'utérus continue à s'accroître. De ce défaut de parallélisme résultent des tiraillements qui produisent le décollement du placenta, et par suite l'hémorragie.

D'un autre côté, les membranes, incapables aussi de suivre l'extension du segment inférieur, contribuent à ce décollement, à moins qu'elles ne se rompent d'elles-mêmes, fait dont nous tirerons profit pour notre traitement.

A ajouter la présentation défectueuse qui contribue pour une bonne part à cette tension des membranes, le fait aura, comme nous le verrons plus loin, un intérêt pratique.

Pendant le travail, la partie fœtale descend et pousse devant elle le placenta, qui continue à se décoller plus ou moins suivant que l'insertion se rapproche plus ou moins de l'insertion centrale.

En un mot, que le placenta soit tirailé par l'ampliation de l'utérus, par les membranes, ou entraîné, déchiré par la descente fœtale, tout réside en une action mécanique.

Bien que l'hémorragie soit le symptôme dominant, elle n'existe pas toujours. Nous savons que l'ampliation de l'utérus, la dilatation, n'est pas identique en tous les points. Parfois on a pu constater que la paroi antérieure du col, par exemple, seule se distendait, tandis que la paroi postérieure restait à peu près intacte. La paroi qui se développe le plus n'est pas toujours celle sur laquelle est inséré le placenta. Dans ce cas, l'hémorragie ne reconnaît que la troisième cause indiquée plus haut, la descente fœtale.

La placenta prævia ne se montre pas toujours avec les allures bruyantes que nous avons décrites. Il est beaucoup plus fréquent de le rencontrer qu'on ne le croit généralement, et bien des insertions très basses ne se sont manifestées par aucun symptôme. Le placenta est prævia pour un tiers des cas à peu près, mais 1 pour 100 seulement de ces insertions vicieuses donne lieu à des hémorragies.

Nous avons eu soin, entre beaucoup d'autres, de recueillir une observation où l'insertion très basse n'était pas douteuse. Elle s'est manifestée par la rupture des membranes et un accouchement prématuré, mais n'a donné lieu à aucune hémorragie.

CHAPITRE II

DESCRIPTION ET MANUEL OPÉRATOIRE DES DIVERS PROCÉDÉS

D'après les explications que nous venons de donner sur les difficultés que suscite l'insertion vicieuse du placenta, nous pouvons formuler ainsi les indications à suivre :

- 1° D'abord et surtout, arrêter l'hémorragie;
- 2° Vider l'utérus.

Dans ce chapitre, nous nous attacherons à décrire les principaux traitements obstétricaux proposés pour atteindre ce double but.

Nous disons « traitements obstétricaux », car les moyens médicaux d'hémostase seront examinés dans un autre chapitre, et, d'ailleurs, on ne doit leur accorder qu'une confiance médiocre dans l'affection qui nous occupe.

Laissant de côté toute discussion sur la valeur relative de chacun de ces traitements, nous nous bornerons à indiquer leur mode d'action et à décrire les appareils mis à la disposition du praticien par d'ingénieux accoucheurs. Nous nous efforcerons de rendre aussi concise que possible l'explication de la mise en œuvre de ces différentes méthodes.

Il nous a paru que la tâche ainsi scindée serait rendue pour nous plus facile, plus claire pour le lecteur.

Avant d'entrer dans cet exposé, rappelons (et il sera désormais inutile d'y revenir) que les manœuvres dont la descrip-

tion va suivre exigent, comme toutes celles d'obstétrique et de chirurgie, l'antisepsie la plus absolue.

Arrêter l'hémorragie, avons-nous dit, est la première, la grande indication à remplir. Parmi les nombreux traitements qui ont été proposés, nous nous arrêterons seulement à ceux qui sont encore en honneur aujourd'hui, ne citant que pour mémoire ceux qui sont unanimement reconnus insuffisants.

IRRIGATIONS VAGINALES. — Dans le cas d'hémorragie légère et lorsque aucun accident grave n'est encore à appréhender, les injections vaginales suffisent amplement à arrêter la perte. Ces injections doivent être chaudes et atteindre une température de 40 degrés au moins. Le liquide dont on se servira sera, autant que possible, une solution de bichlorure de mercure ou de phéno-salyl. Les irrigations froides peuvent aussi être employées pour arrêter les hémorragies légères, mais leur température doit être inférieure à 5 degrés, si l'on veut obtenir un résultat.

Que si l'écoulement plus grave continue à se produire, même après l'application de ce premier traitement, les accoucheurs qui, à la suite de Leroux, visent presque exclusivement l'hémostase, pratiquent le tamponnement. Cette méthode, qui ne donne de résultats réellement satisfaisants qu'avec notre antisepsie moderne, est aujourd'hui appliquée selon deux modes différents.

TAMPONNEMENT DE LEROUX. — Dans le premier, le mode classique, on se sert de tampons d'ouate enduits d'une matière grasse stérilisée ; la vaseline iodoformée possède au plus haut point les qualités requises. Cette matière entourant les bourdonnets offre, outre ses effets antiseptiques, l'avantage de rendre le coton moins perméable au sang. Il ne faut pas confondre à ce point de vue les matières grasses et les ma-

tières huileuses, et sur ce sujet M. le D^r Guinier nous communique une remarque importante: Forcé d'appliquer un tamponnement huilé, il a vu le suintement se produire, malgré le soin et la méthode qu'il avait mis à la confection du tampon, tandis qu'il n'a jamais subi d'échec lorsqu'il a eu à sa disposition de la vaseline iodoformée, et cela même avec un tamponnement moins serré.

Manuel opératoire. — Avant d'entreprendre un tamponnement, on doit veiller à ce que le rectum et la vessie soient en état de vacuité. En conséquence, un lavement sera administré, si le temps le permet.

On se munira d'un grand nombre de bourdonnets, une soixantaine environ. Ce nombre, qui paraît exagéré au premier abord, s'explique par l'énorme extensibilité du vagin. Cette cavité doit en effet être exactement remplie et très distendue par le tampon. Les bourdonnets destinés à être situés le plus profondément sont munis chacun d'un fil, ou, mieux encore, sont rattachés à un fil unique et solide qui les entraînera tous au moment de l'extraction du tampon.

Nous nous croyons autorisé à dire que l'accoucheur doit ne rien négliger pour sa commodité dans cette manœuvre qui paraît facile et cependant échoue souvent par manque de précautions.

Ainsi, nous ne croyons pas que l'on doive laisser la malade simplement couchée sur son lit, et la position obstétricale nous semble de rigueur.

Le tampon étant convenablement placé, un bandage en T sera solidement fixé pour maintenir dans sa position la masse introduite.

TAMPONNEMENT PAR LA GAZE IODOFORMÉE. — Ce tamponnement, préféré au premier par un grand nombre d'accou-

cheurs, n'en diffère que fort peu au point de vue du manuel opératoire. On emploie des bandes de gaze iodoformée longues de 5 mètres, larges de 0^m,15, que l'on introduit à l'aide du spéculum. Celui-ci n'est pas nécessaire avec les bourdonnets dont le glissement est plus facile. Les mêmes précautions doivent être prises pour ce tamponnement que pour l'autre.

Certains praticiens ne remplissent que la première des deux indications ; d'autres ne voient que la seconde.

Nous examinerons deux des méthodes qui ont pour objet de « vider l'utérus. »

MÉTHODE DE PUZOS. — L'une, la plus ancienne, est la méthode de Puzos. Elle se décompose en deux temps :

Un temps de dilatation, que cet accoucheur opérât à l'aide des doigts. Nous n'en parlerons pas, car il a été unanimement condamné.

Le deuxième consiste dans la rupture des membranes. Puzos admettait que cette manœuvre ne pouvait être exécutée que pendant le travail, ainsi que le rapporte M. Auvard dans sa thèse d'agrégation.

Manuel opératoire. — Quand la dilatation permet l'introduction de deux doigts dans le col (cette dilatation peut être naturelle, ou obtenue artificiellement par le dilatateur de Tarnier, les violons de Barnes, etc.), on pénètre à travers l'orifice utérin jusqu'aux membranes, que l'on déchire avec les doigts ou à l'aide d'un perce-membranes. Cette manœuvre avance le travail. Il y a lieu d'examiner avec soin avant de l'entreprendre la présentation et la position du fœtus.

Avis de M. Pinard sur cette méthode. — M. Pinard a,

dans ces derniers temps, préconisé cette même méthode, mais dans un autre but. Il recommande de faire une large déchirure. Une des causes de l'hémorragie, le décollement du placenta par le tiraillement des membranes, se trouve ainsi éliminée. En même temps la partie foetale, venant boucher à peu près exactement l'orifice du col dilaté, forme une sorte de tampon intra-utérin qui s'oppose à l'écoulement du sang. C'est donc, d'après M. Pinard, plutôt pour faire de l'hémostase que pour provoquer l'accouchement que l'on doit user de ce procédé.

MÉTHODE DE BARNES. — Elle consiste à accélérer la dilatation. Il arrive à ce résultat par deux manœuvres successives : la main sera d'abord introduite dans le vagin, un ou deux doigts pénétreront dans l'utérus et, décrivant un cercle, décolleront le placenta aussi profondément que possible. Le placenta rend, en effet, moins extensible la partie du segment inférieur sur laquelle il est inséré. Dès lors, le col, plus dilatable, répondra à l'action du sac-violon qui va y être introduit.

A ce sac-violon, dont le nom indique la forme, est adapté un tube en caoutchouc par lequel passera l'air ou le liquide destiné à le gonfler. Dès que le col est arrivé à un état de dilatation suffisant pour laisser passer la partie supérieure du sac gonflé, celui-ci tombe, et un autre de plus fort calibre doit être appliqué.

Plusieurs accoucheurs ont adopté des méthodes qui remplissent la double indication mentionnée en tête de ce chapitre. Deux surtout sont importantes à connaître : ce sont celles de Braxton-Hicks et de Champetier de Ribes.

MÉTHODE DE BRAXTON-HICKS. — Ayant fait ces deux con-

statations: que, d'une part, le siège s'adapte bien plus exactement que l'extrémité céphalique au segment inférieur de l'utérus à cause de sa forme conique, et que, d'autre part, le pied prolabé, la dilatation s'effectue plus graduellement et plus rapidement, la jambe formant une sorte de dilatateur naturel, Braxton-Hicks préconisa comme traitement du placenta prævia la version podalique, avec descente dans le vagin d'un membre pelvien, et proposa pour la pratiquer une manœuvre nouvelle, la manœuvre mixte ou combinée.

Manuel opératoire. — Une main est introduite dans le vagin et deux doigts s'avancent aussi profondément que possible dans l'utérus. On cherche, à l'aide de ce toucher, à se rendre exactement compte de la position du fœtus. Supposons dès lors que nous ayons affaire à une OIGA. L'accoucheur se placera à gauche de la femme, et par sa main gauche il ira à travers la filière génitale à la recherche de la partie fœtale, le sommet, dans le cas qui nous occupe. Les doigts glissent alors vers la droite et sont naturellement placés pour opérer par un mouvement de flexion le déplacement de la tête vers la fosse iliaque gauche. Pendant ce temps, la main droite, appuyée sur la paroi abdominale, « pousse doucement, mais fermement le siège vers le côté droit. » L'épaule se présente alors aux doigts explorateurs qui la repoussent, comme ils ont fait de la tête.

Dès que l'épaule a été repoussée, les doigts portés à droite peuvent sentir le genou, et les pieds viennent d'eux-mêmes se présenter à l'orifice interne.

Les membranes peuvent être encore intactes. Si la dilatation est suffisante pour laisser passer le pied, on les rompt; le pied est tiré au dehors et l'on exerce sur lui une faible traction: le seul poids du bras suffit. Mais il est des cas où le col, à peine dilaté, n'a admis que le passage d'un doigt, et l'on

ne peut par conséquent achever la manœuvre : « Le pied, dit Braxton-Hicks, sera retenu près de l'orifice par une pression exercée avec le doigt contre la surface interne de l'orifice, et cela de préférence sur la partie antérieure, parce que le pubis aidera à supporter la pression. En même temps, à moins qu'il ne s'agisse de personnes extrêmement fortes, une pression externe sur le pubis aidera à retenir la jambe dans la position en question. De la sorte, quand l'orifice est suffisamment dilaté, on a toujours la jambe à portée. »

Si on est en présence d'une droite, on doit manœuvrer d'une façon symétriquement opposée.

Si, au lieu d'une présentation du sommet, on a une présentation de l'épaule ou du siège, le premier temps est terminé ; dans le second cas même, on n'a plus qu'à abaisser le pied. Cette manœuvre est regardée comme impossible même par son inventeur, quand la partie fœtale est déjà trop profondément engagée.

MÉTHODE DE CHAMPETIER DE RIBES. — Cette méthode, la plus récente de toutes celles que nous avons indiquées, substitue à une partie fœtale un ballon dont la forme est bien choisie pour produire un tamponnement interne et hâter la dilatation. Être inextensible et imperméable, voilà les deux qualités que devait posséder ce ballon. En effet, une fois introduit et gonflé, il doit représenter une tête de fœtus, dont il a les principales dimensions dans sa partie supérieure. S'il était extensible, il se lamînerait à travers la filière génitale, sous l'influence des tractions opérées ou des contractions utérines, et l'on n'obtiendrait qu'une dilatation inférieure aux dimensions de la tête fœtale.

Le ballon de Champetier de Ribes est conique ; il est formé d'une toile inextensible interposée à deux lames de caoutchouc. Son diamètre transversal est de 12 centimètres, et sa longueur,

du col à la base, de 20 centimètres ; à ce col fait suite un tube en caoutchouc sur le trajet duquel se trouve un robinet. Pour faire pénétrer le ballon dans l'utérus, on a construit des pinces ayant la forme d'un petit forceps bicourbe.

On doit aussi se munir d'une seringue d'une contenance de 2 à 300 grammes, afin de pouvoir remplir le ballon en deux ou trois fois au plus.

Manuel opératoire. — Les précautions antiseptiques les plus rigoureuses doivent être prises au point de vue du ballon. Il faut qu'il soit brossé au savon et lavé avec un liquide fortement antiseptique. Ces préliminaires achevés, l'opérateur roulera le ballon dans le sens de sa longueur, de façon à lui donner le moindre volume possible, et le placera, ainsi plié, entre les branches de la pince.

La main sera alors entièrement introduite dans le vagin, et un doigt, ou même deux, si la dilatation le permet, traversera l'orifice utérin. Sur ce doigt conducteur, on fait glisser la pince, puis celle-ci est retirée de la même manière qu'un forceps, une branche après l'autre, tandis que le doigt empêche le ballon de revenir en arrière.

On le gonfle de façon à lui faire atteindre son volume. Ainsi dilaté, il est fixé dans l'utérus et étroitement appliqué contre le segment inférieur. Si l'on veut hâter le travail, on peut opérer quelques tractions très douces. Quand le col arrive à une dilatation complète et accouche du ballon, les voies génitales sont entièrement libres pour une intervention active et décisive, pour peu que l'expulsion se fasse attendre.

CHAPITRE III

EXAMEN CRITIQUE DES DIVERS PROCÉDÉS

Dans le chapitre précédent, nous avons décrit les différents procédés employés dans le traitement du placenta prævia, nous en avons indiqué le manuel opératoire. Nous allons essayer de faire un examen critique de ces divers moyens thérapeutiques, en voir les indications et contre-indications, les avantages et les inconvénients.

Nous devons juger impartialement et nous mettre en garde contre l'esprit systématique. Préconiser telle ou telle méthode d'une façon absolue, amène à des conclusions toujours forcées et en désaccord avec les faits et la vérité cliniques.

Le traitement idéal pendant la gestation serait :

Arrêter l'hémorragie et laisser continuer la grossesse.
C'est là ce qu'essaie le traitement médical; c'est là aussi le but que se proposent les partisans de l'arrachement partiel du placenta.

Laissons immédiatement de côté le second procédé. Substituer à une hémorragie légère et lente une hémorragie brusque et abondante, tel est le résultat auquel on arrive par l'arrachement du placenta tirillé. Par ce sacrifice, du reste, arrive-t-on au but recherché? Non, l'accouchement n'est nullement empêché ou retardé; le danger n'est que momentanément éloigné.

TRAITEMENT MÉDICAL. — Quelle confiance doit-on accorder au traitement médical ?

Lors d'hémorragie modérée, l'expectation étant la règle à laquelle se rallient la plupart des accoucheurs, on pourra avoir recours aux moyens palliatifs. Il est bon de les connaître et même de les employer, avec certaines restrictions pourtant que nous indiquons.

La parturiente est soumise au repos absolu, repos physique et moral. Elle est couchée dans le décubitus dorsal, la tête basse et le bassin élevé à l'aide d'un drap mis sous le siège. On appliquera des compresses froides sur les jambes et l'hypogastre. On administrera des lavements laudanisés (X à XX gtt).

Ce sont là des moyens infidèles qui n'empêcheront pas une catastrophe de se produire. Auprès de la malade, doit constamment se trouver une personne capable d'appliquer un autre procédé, que nous aurons à choisir en parlant du traitement obstétrical.

A ces moyens doit-on être autorisé à ajouter l'ergot de seigle ? Employé par Dubois, il est aujourd'hui presque complètement abandonné des accoucheurs. « Ne jamais donner d'ergot de seigle, tant qu'il reste quelque chose dans la cavité utérine », telle est la règle généralement suivie à l'heure actuelle. Pour nous, il nous semble que cette règle doit être acceptée ; s'il est des cas fort rares où l'emploi de l'ergot de seigle en obstétrique ait produit de bons résultats, ces succès n'incriminent pas l'abstention dont ce médicament est l'objet.

INJECTIONS VAGINALES. — Au traitement médical, nous pouvons rattacher, comme moyen encore insuffisant cependant, les injections vaginales froides ou chaudes. Elles peuvent rendre de très grands services, nous n'en disconvenons pas, dans des hémorragies très légères, mais dans les pertes

abondantes et graves de l'insertion vicieuse du placenta, leur emploi ne fait que retarder la mise en œuvre de moyens autrement énergiques.

Les irrigations froides sont, au même titre que les irrigations chaudes, capables de mettre un terme à une hémorragie légère; cependant elles doivent être déconseillées. Tout d'abord, il est plus facile d'aseptiser l'eau chaude que l'eau froide; d'avoir de l'eau à une température de 40° et plus, que de l'avoir à 5°, limite au-dessus de laquelle le froid n'exerce plus une action hémostatique suffisante. Les injections froides sont aussi plus douloureuses pour les femmes. Elles sont suivies d'une réaction, caractérisée par une congestion de l'utérus, qui peut être le point de départ d'une hémorragie nouvelle.

TRAITEMENT OBSTÉTRICAL. — On ne doit donc accorder qu'une confiance minime au traitement médical et aux injections vaginales. On n'aura recours à ces moyens qu'en cas d'hémorragie légère.

Mais, pour peu que l'hémorragie prenne des proportions inquiétantes, nous croyons que l'intérêt de la mère et de l'enfant réclame la fin de la grossesse. L'indication unique et absolue sera donc d'arrêter l'hémorragie; *et, pour cela, le meilleur moyen sera de vider l'utérus.*

Les meilleurs traitements que nous aurons à employer seront ceux qui répondront à ces deux desiderata.

Nous suivons la division de notre premier chapitre : 1° moyens destinés uniquement à arrêter l'hémorragie; 2° à vider l'utérus; 3° moyens ayant pour objet d'arrêter l'hémorragie et de débarrasser la cavité utérine de son contenu.

TAMPONNEMENTS. — Le premier traitement, et l'un des plus importants, est le tamponnement.

Le tamponnement vaginal est une digue opposée à l'hémorragie. Il agit mécaniquement et dynamiquement en excitant les contractions utérines. Nous reviendrons sur ce dernier point.

Tout corps qui, introduit dans les organes génitaux, les remplira suffisamment pour obstruer les voies et mettre obstacle à l'écoulement du sang, sera apte à faire un tampon. Insistons tout d'abord sur le choix à faire de la substance à employer.

Nous avons décrit dans le chapitre précédent le tamponnement classique de Leroux et le tamponnement par la gaze iodoformée. Nous laissons de côté les tampons artificiels, celui de Gariel, le colpeurynter de Braun, notoirement insuffisants et peu pratiques.

Entre les deux méthodes décrites, notre préférence sera pour la gaze iodoformée. L'obstruction sera aussi complète qu'avec les bourdonnets d'ouate, peut-être même plus complète. Son emploi est d'une facilité plus grande, et il sera aussi aisé de se procurer de la gaze que l'ouate nécessaire.

Notre choix fait, le tamponnement est-il une méthode à préconiser ?

On lui a fait divers reproches, entre autres : de déterminer prématurément le travail, de changer la perte externe en perte interne ; d'être douloureux pour la femme et de produire la septicémie.

Le premier ne doit pas nous arrêter, car nous savons que c'est là un mal nécessaire ; du reste, généralement, le fœtus est viable, et son intérêt, autant que celui de la mère, réclame la fin de la grossesse.

Quant au changement de la perte externe en perte interne, on ne peut guère se prononcer d'une façon générale et catégorique. C'est là une question d'espèce. Cette complication ne dépend pas du tampon lui-même. Elle peut exister ou ne

pas exister, suivant que les membranes sont rompues ou non, que les contractions utérines sont bonnes ou insuffisantes, que la présentation est normale ou défectueuse.

Le tampon est-il douloureux pour la femme? Sans doute, il doit causer à la parturiente une sensation assez pénible, étant donnée la distension considérable des parois vaginales; mais les femmes, ayant conscience du danger qu'elles courent, se soumettent facilement à ce traitement. D'ailleurs, comme nous sommes partisan — nous allons nous expliquer sur ce point — de laisser le tampon juste le temps nécessaire pour recourir à d'autres méthodes, nous n'avons pas à insister sur cet inconvénient.

La même raison fait que nous n'insisterons pas sur le reproche de septicémie. Employé avec les précautions de l'antisepsie moderne, le tampon ne peut être une cause d'infection.

Nous ne pensons pas que le tamponnement excite beaucoup les contractions utérines. Aussi l'enlèverons-nous dès que nous serons en mesure d'avoir recours à un autre procédé. Barnes ne le laisse qu'une heure, Depaul douze heures, Pajot, enfin, attend que tampon et fœtus soient expulsés par les contractions.

Notre conduite dépendra des événements, sans doute, mais nous pouvons dire que le tamponnement n'est pas notre méthode de choix; c'est plutôt une méthode de nécessité.

MÉTHODE DE PUZOS. — Pour bien se rendre compte de l'effet obtenu par la rupture des membranes, il faut se rappeler ce que nous avons dit dans notre chapitre premier sur l'étiologie de l'hémorragie. Le placenta est décollé par le tiraillement des enveloppes de l'œuf. La méthode de Puzos a pour but de vider l'utérus du liquide amniotique, en rompant prématurément la poche des eaux; le placenta n'est plus ti-

raillé, l'utérus est sollicité à revenir sur lui-même, et la partie foetale s'engage facilement et vient presser contre le placenta et les sinus utérins qui laissent échapper le sang.

Il faut, pour employer cette méthode, plusieurs conditions :
Avant tout examiner la présentation.

Si l'on rompt la poche des eaux avec une présentation de l'épaule, l'engagement ne se fait pas, on n'obtient aucun résultat. Il faut auparavant pratiquer la version par manœuvres externes, céphalique (méthode de Wigand) ou podalique.

Quelle est la partie foetale qu'il vaut mieux faire engager ?

Ramener la tête au détroit supérieur nous semble préférable, car l'accouchement se rapprochera davantage du type normal. De plus, le sommet est un meilleur agent d'hémostase.

La version podalique ne donne pas de résultats aussi satisfaisants. Ils ne pourront l'être que si l'on peut faire descendre dans le vagin un ou les deux membres pelviens, suivant un procédé que nous examinerons tout à l'heure.

Il est nécessaire que les contractions utérines soient énergiques. A quoi bon provoquer l'accouchement, si l'on est ensuite abandonné par un utérus mou, flasque, sans aucune énergie ?

Il ne faudrait pas non plus employer cette méthode avec une femme anémiée, faible, incapable de résister aux fatigues d'un accouchement long et difficile.

Quand faut-il opérer cette rupture des membranes ? Pendant la grossesse, cette méthode peut fournir un bon résultat, car elle supprime la cause occasionnelle de l'hémorragie.

Pendant le travail, elle active les contractions utérines, en diminuant le volume de l'utérus, et faisant engager la partie foetale qui se présente. Mais elle ne peut rien contre l'hémorragie provenant de la déchirure placentaire, par suite de la progression du fœtus dans la période de descente et d'expulsion.

C'est cependant une bonne méthode à laquelle on devra songer, qui, aidée surtout de la version Wigand, doit donner d'excellents résultats.

Une difficulté pourtant se présente : il n'est pas toujours facile d'arriver sur les membranes. Dans la majorité des cas de placenta prævia, le col est très dilatable, on a affaire à des multipares, et l'insertion sur le segment inférieur de l'utérus rend plus extensible l'orifice utérin. Mais, malgré ce, il faut parfois recourir à la dilatation préalable, soit avec les doigts, soit avec un des procédés dont nous allons maintenant parler.

Avant de terminer, nous devons ajouter que, si cette méthode dans son ensemble nous paraît bonne, elle ne nous paraît pas suffisante pendant le travail ; nous donnerons la préférence certainement à celle de Champetier de Ribes, que nous discuterons en son lieu et place.

MÉTHODE DE BARNES. — Dans la méthode de Puzos, nous voyons qu'il faut souvent pratiquer la dilatation de l'orifice utérin. Ceci nous amène à discuter la valeur d'un autre procédé, celui de Barnes.

Nous nous sommes déjà prononcé sur la valeur hémostatique du décollement partiel du placenta, premier temps de la méthode de Barnes. Quelle est la valeur du second temps de son procédé, la dilatation par les sacs-violons ? Au point de vue qui nous occupe, l'emploi de ces appareils est mauvais. S'ils peuvent avoir des avantages pour hâter la dilatation dans un accouchement normal, dans l'espèce ils sont très insuffisants. Souples, ces ballons se moulent sur la cavité du col, s'étirent comme à la filière et finalement sont chassés avant que la dilatation ait acquis un diamètre égal à celui de l'appareil. Ils ne pressent pas suffisamment contre les sinus utérins. — Autre inconvénient très grave : à mesure que la dilatation avance, on est obligé d'introduire une série de

ballons de diamètre de plus en plus grand ; pendant la mise en place de chaque numéro, l'hémorragie reprend son cours et épuise la femme. Mauvais comme agent hémostatique, mauvais comme dilatateur, puisqu'il n'est pas permanent, nous devons repousser l'emploi du sac-violon de Barnes.

MÉTHODE DE BRAXTON-HICKS. — Nous voici arrivé à l'étude de deux procédés remplissant les conditions requises d'un traitement rationnel du placenta prævia : arrêt de l'hémorragie, dilatation plus ou moins rapide sans pertes nouvelles, permettant de terminer l'accouchement.

Nous avons décrit dans le chapitre précédent la manœuvre de Braxton-Hicks. L'accoucheur, anglais se sert du fœtus comme tampon interne permettant d'arrêter l'hémorragie et d'exciter en même temps les contractions utérines.

Après la descente d'un membre pelvien dans le vagin, le fœtus forme, en effet, un excellent tampon. Il représente un cône dont la base va en s'élargissant à mesure qu'augmente la dilatation ; c'est là un tampon actif, se pliant aux exigences de la marche du travail.

Le principe de ce traitement est donc excellent à recommander à beaucoup de points de vue, mais il est passible de plusieurs objections que nous allons examiner.

La descente d'un pied effectuée, nous avons un excellent agent hémostatique avec le fœtus lui-même, et de très bonnes conditions pour arriver à terminer l'accouchement sans accidents hémorragiques nouveaux.

Mais cette manœuvre est-elle aussi facile que le prétend son inventeur ? Au près d'utérus complaisants, à liquide amniotique suffisant, sans contractions intempestives, avec un col mou, nous ne doutons pas que l'on puisse arriver au but indiqué. Il n'en est pas toujours ainsi malheureusement.

Rappelons combien il est parfois difficile d'exécuter même

la version interne dans un utérus privé de liquide. Bien plus difficile encore sera celle de Braxton-Hicks, où l'on ne pourra évidemment, sans causer de graves lésions, employer une force suffisante.

Braxton-Hicks insiste sur la lenteur de l'extraction. Nous sommes absolument de cet avis, car sans cela nous reviendrions à l'accouchement forcé de Guillemeau. Mais, dans ces conditions, vous sacrifiez presque sûrement le fœtus. Bien que l'intérêt de la mère doive passer avant celui d'une créature à naître, nous ne devons pourtant pas considérer l'enfant uniquement comme agent hémostatique et dilatateur.

Inutile d'ajouter que nous repousserons absolument le seigle ergoté qu'emploie Braxton-Hicks.

En résumé, c'est là une méthode rationnelle, d'une exécution malheureusement plus difficile que ne l'assurent la plupart de ses partisans. Nous essaierons pourtant d'y avoir recours, dans le cas où nous n'aurions pas en notre possession d'autres moyens, surtout celui dont nous allons maintenant parler.

BALLON DE CHAMPETIER DE RIBES. — Le ballon de Champetier de Ribes est le moyen qui nous paraît le plus propre à terminer rapidement l'accouchement, et dans les meilleures conditions possibles.

Le ballon peut être très facilement introduit dans la cavité utérine. Une fois dilaté, il exercera sur les sinus largement béants une pression capable d'arrêter l'hémorragie. La présence de ce corps étranger, qui exerce une pression de haut en bas, et dans un sens transversal, excite l'utérus à se contracter vigoureusement. Le travail dès lors marche régulièrement.

La forme du ballon et la facilité que l'on a de le dilater plus ou moins, suivant l'intensité des contractions et suivant la dilatation, le rendent de beaucoup supérieur à tous les dilata-

teurs. Il ne peut échapper à l'utérus que lorsque le col est suffisamment dilaté ou dilatable. Son volume, avons-nous dit dans le précédent chapitre, a été mesuré sur les diamètres d'une tête d'enfant à terme. Aussi, quand la dilatation aura été suffisante pour le laisser tomber dans le vagin, les voies seront largement ouvertes. L'accoucheur peut être rassuré, il est sûr d'avoir la possibilité de terminer rapidement l'accouchement.

Outre la facilité de pouvoir augmenter ou diminuer à volonté le volume du ballon, on a un autre avantage, celui de pouvoir, comme dans la méthode de Braxton-Hicks, exercer des tractions légères, et cela sans inconvénients pour le fœtus, qui n'a, pour ainsi dire, qu'à attendre que le passage soit libre. Les observations publiées montrent que, dans la majorité des cas, ce moment ne se fait pas attendre bien longtemps.

On objecte que la présence de ce corps volumineux empêche une bonne présentation de se produire.

Il est assez habituel, étant donné la présence du placenta sur le segment inférieur, d'avoir une présentation défectueuse. Le ballon de Champetier de Ribes n'aggraverait pas cet état de choses; et, s'il n'existe pas, il ne le produira nullement, à condition d'introduire le ballon avec précaution et de le remplir doucement. Du reste, qu'importe la situation du fœtus, du moment où la dilatation est suffisante pour permettre toutes les manœuvres obstétricales! Quelles difficultés s'opposeront à la terminaison rapide de l'accouchement, soit par une application de forceps, soit par la version par manœuvres internes?

Une objection plus grave faite à cette méthode, c'est la difficulté d'introduction de l'appareil.

Les observations de placenta prævia prouvent que nous sommes presque toujours en présence de multipares, à col très dilatable, qui permettra facilement l'introduction de la

pince porte-ballon, dont le volume est loin d'être exagéré. Si parfois on a pu échouer dans une tentative de ce genre, la faute n'en est pas à la méthode elle-même, mais à la façon dont elle est appliquée. Nous nous sommes expliqué sur ce point dans le chapitre précédent.

Le ballon de Champetier de Ribes est donc un excellent appareil pour arrêter l'hémorragie et pour hâter l'accouchement. Avec lui, l'accoucheur est, pour ainsi dire, libre de guider la marche du travail.

CHAPITRE IV

MISE EN ŒUVRE DES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE TRAITEMENT

Si nous avons étudié tous les moyens thérapeutiques employés contre le placenta prævia, c'est que nous sommes convaincu qu'il y a en chacun d'eux une part de vérité. Le praticien doit les avoir tous présents à l'esprit, pour ne pas hésiter à employer telle méthode de préférence à telle autre, suivant les indications et la marche des événements.

Cependant, on peut tracer un plan général, non pas absolu, mais vrai dans la majorité des cas. C'est ce que nous allons essayer de faire en examinant le traitement de l'affection qui nous occupe :

- 1° Pendant la grossesse ;
- 2° Pendant le travail ;
- 2° Pendant la délivrance.

Nous terminerons par un aperçu rapide sur l'hémorragie *post partum*.

Disons tout de suite que, dans le cas d'hémorragie légère, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, l'expectation est la règle. On devra mettre la femme dans le décubitus dorsal, au repos le plus complet. On pourra cependant faire quelques injections vaginales chaudes qui suffiront à faire disparaître ces premiers symptômes d'une affection dangereuse à tous les points de vue.

Mais il faut de toute nécessité qu'il y ait auprès de la femme une personne capable d'agir et d'agir vite, en cas d'hémorragie grave.

A. — Hémorragie grave de la grossesse

Quelques pertes légères ont éveillé l'attention de la femme grosse, l'accoucheur appelé à l'examiner constate une présentation transversale. Il doit essayer d'opérer la version par manœuvres externes, la version céphalique de préférence. Il serait impardonnable de ne pas tenter cette chance unique de laisser continuer la grossesse pendant quelque temps.

Si le praticien, au contraire, est appelé pour une hémorragie grave, il doit tout d'abord débarrasser le vagin des caillots par une irrigation chaude, et examiner l'état du col.

Le col n'est pas perméable. — Il appliquera le tamponnement et s'occupera, immédiatement après, de faire le diagnostic de la présentation, et, dans le cas de présentation transversale, opérer la manœuvre de Wigand.

Le tamponnement nous permettra d'attendre que les contractions utérines s'établissent et modifient la situation.

Le col est perméable. — Nous n'hésiterons pas à employer le ballon de Champetier de Ribes. Vouloir laisser continuer la grossesse serait purement illusoire et ne ferait que retarder l'emploi de moyens judicieux. Nous avons déjà prouvé la vérité de cette manière de voir.

Mais le praticien peut n'avoir pas à sa disposition le ballon de Champetier de Ribes. A quelle méthode devra-t-il avoir recours ?

Si l'on a affaire à une présentation longitudinale, il sera indiqué de rompre les membranes.

Si à une transversale, et qu'on n'ait pas le temps de faire la version céphalique, nous userons de la méthode Braxton-Hicks.

B. — **Hémorragie grave pendant le travail**

Si l'on est appelé pendant le travail, on débarrassera le vagin par une irrigation chaude. Tous les efforts devront tendre à vider l'utérus dans le plus bref délai. Il faut pourtant se préoccuper en même temps et avant tout de l'hémorragie.

L'emploi du ballon de Champetier de Ribes nous semble absolument indiqué. Il nous permettra d'atteindre ce double but avec plus de facilité que n'importe quelle autre méthode. Bien rares seront les cas où son introduction sera impossible.

Une présentation défectueuse est-elle une contre-indication ? Nous ne le pensons pas, nous nous sommes suffisamment expliqué à ce sujet pour n'avoir pas besoin d'y revenir.

Nous n'avons pas à notre disposition le ballon de Champetier, nous pourrions :

Avec une *présentation du sommet*, essayer la rupture des membranes ;

Avec une *présentation transversale* ou *du siège*, tenter la méthode de Braxton-Hicks.

Quel que soit le procédé auquel nous avons eu recours pendant la période de dilatation, dès que le col sera dilaté ou dilatable,

Si nous avons une présentation du sommet, nous pourrions appliquer le forceps ou faire la version ;

Si une présentation du siège, nous ferons simplement l'extraction ;

Enfin, si c'est l'épaule qui se présente, nous ferons la version podalique ;

Toutes règles ne différant nullement de celles que l'on suivrait dans un accouchement normal.

C. — Hémorragie grave pendant la délivrance

Pour comprendre le mécanisme de l'hémorragie pendant la délivrance et même après la délivrance (hémorragie post partum), nous devons nous rappeler :

1° Que le segment inférieur est à la fois peu contractile et peu rétractile ; par sa texture il offre un excellent terrain, préparé pour être frappé d'inertie ;

2° Que ce même segment, lors d'insertion vicieuse, est plus vasculaire ; la présence du placenta en est la cause.

Dans le cas de placenta prævia, la délivrance est donc très souvent pathologique. Cette période, aussi grave que celle de l'accouchement, réclame toute l'attention de l'accoucheur. Il faut qu'il agisse immédiatement pour exciter les contractions utérines : une injection très chaude et abondante sera faite dans la cavité utérine.

Si une hémorragie se montrait, il faut aller décoller immédiatement le placenta, en même temps que l'on continuera ou recommencera les injections très chaudes. Il faut laisser la main dans l'utérus jusqu'à ce qu'elle soit chassée avec le placenta par la contraction de l'organe.

On continuera pendant quelque temps des injections à la même température très élevée.

HÉMORRAGIE POST PARTUM. — L'hémorragie peut ne pas survenir pendant la délivrance et faire son apparition après l'expulsion du délivre lui-même, ou bien elle peut continuer après la délivrance effectuée. Le traitement est le même dans les deux cas :

Injection d'ergotine Yvon, compression de l'aorte et surtout tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée.

Nous n'avons pas à insister sur le traitement de cette hémorragie secondaire, qui ne diffère pas des mêmes accidents, survenant après un accouchement normal.

APPENDICE

TRAITEMENT EXCITANT ET RÉPARATEUR

Les pertes nombreuses et abondantes causées par l'insertion vicieuse ont anémié la femme au plus haut degré. Elle est sujette pendant le travail, et même après la délivrance, à des syncopes qui peuvent devenir mortelles.

Il est de toute nécessité d'avoir recours à des stimulants : alcool, éther et chaleur.

L'alcool peut être administré à dose relativement élevée, sous forme de grog ou en potion.

L'éther sera donné en injections sous-cutanées à l'aide de la seringue de Pravaz. On peut, sans inconvénient, si le collapsus est profond, aller jusqu'à 10 et même 15 centimètres cubes. — La caféine pourrait également être employée.

A la suite de grandes pertes hémorragiques, la tendance au refroidissement est très accentuée. On entourera la malade de linges chauds, de bouillottes; on enveloppera ses membres inférieurs dans des bottes d'ouate, entourée d'une toile imperméable.

Les boissons doivent être données chaudes. — Outre ce traitement excitant, destiné à remédier à l'affaiblissement de la qualité du sang, on en emploiera un autre pour en augmenter la quantité. Nous voulons parler de la transfusion.

Nous laissons de côté la transfusion directe, qui demande des appareils compliqués et des conditions spéciales difficiles

à réunir; nous ne parlerons que de ce que l'on a appelé l'auto-transfusion.

La malade est couchée dans le décubitus dorsal, la tête plus basse que les pieds. On entoure les membres inférieurs et, s'il en est besoin, les membres supérieurs, d'une bande de toile ou de caoutchouc, serrée de l'extrémité des membres vers la racine.

D'après les calculs du D^r Prouff, l'inventeur de cette méthode, cette simple manœuvre, pour chaque membre seulement, ferait bénéficier la malade de 240 à 300 grammes de sang.

« Dans la suite, si l'anémie reste profonde, on peut faire tous les jours une injection hypodermique de sérum artificiel :

Phosphate de soude pur	10 grammes
Sulfate de soude pur	5 —
Chlorure de sodium pur	2 —
Acide phénique neigeux	0.50 centigr.
Eau distillée bouillie	q.s. pour 100 cc.

une injection matin et soir de 1 cc.

Si l'anémie est très aiguë, injecter d'emblée 5 cc. et y revenir deux ou trois par semaine.

Ajouter à ces injections :

Teinture de kola	}	à 50 cc.
Teinture de coca		
Acide citrique		1 gr.
Arséniate de soude		0.5 centigr.

une cuillerée à café à chaque repas. » (Prof. Grasset.)

CONCLUSIONS

I. — L'insertion du placenta sur le segment inférieur est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense ; cependant les accidents sont relativement rares, et nous serions disposé à appeler placenta prævia seulement « celui qui donne lieu à des symptômes pathologiques », division plus près de la vérité clinique que celle assez arbitraire de Barnes, généralement adoptée.

II. — Le symptôme dominant, celui contre lequel doit être dirigée toute thérapeutique, c'est l'hémorragie.

III. — Les deux principes qui dominent tout le traitement d'un placenta prævia à symptômes graves sont :

1° Arrêter l'hémorragie ;

2° Vider l'utérus.

IV. — La méthode que remplit le mieux ces deux desiderata est celle de Champetier de Ribes ; cependant,

V. — Il serait peu vrai et peu clinique de s'attacher à une seule méthode ; c'est là une question de fait ; mais, dans la grande majorité des cas, le traitement précédent pourra être employé.

VI. — S'il ne pouvait pas l'être, on se baserait, pour le choix d'un autre procédé, sur la connaissance des deux mécanismes de l'hémorragie :

1° Grossesse : tiraillement des membranes, et par suite décollement du placenta ;

2° Travail : décollement du placenta par pression directe de la région foetale qui s'engage.

Dans le premier cas :

a) Présentation longitudinale : rupture des membranes.

b) Présentation défectueuse } Manceuvres de Wigand,
Rupture et méthode de
Braxton-Hicks.

Dans le second cas :

a) Présentation du sommet : tamponnement interne par rupture des membranes et engagement du sommet.

b) Présentation du siège ou transversale : méthode de Braxton-Hicks.

VII. — Le tamponnement est une méthode de nécessité, mais non de choix.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Recueillie à la Clinique, 1889)

(Rédigée par M. Puech, interne du service)

B... (Victorine), trente-neuf ans, repasseuse, est apportée dans le service le 1^{er} mai 1889, à une heure du soir.

Onze grossesses antérieures, dont une terminée par un avortement; les dix autres par un accouchement à terme. Tous les accouchements se sont passés normalement, sauf le dernier, qui a nécessité une application de forceps.

Passé héréditaire et personnel bons.

Cette femme, nourrissant lorsqu'elle est devenue enceinte, ne sait pas au juste à quelle époque a commencé la grossesse.

Celle-ci s'est bien passée jusque dans ces derniers temps; il y trois semaines, en effet, la malade a été prise d'une hémorragie qu'elle ne peut rapporter à rien (traumatisme, fatigue...).

Le 23 avril, deuxième hémorragie assez forte.

Le 30, au soir, se déclarent quelques douleurs abdominales, et, vers les onze heures, se produit une hémorragie copieuse. Dans la nuit, il s'écoule du liquide amniotique, et sur le matin se fait une quatrième hémorragie.

Arrive en voiture à l'hôpital à une heure.

Femme maigre, pâleur extrême de la peau et des muqueuses; mauvais état général.

Douleurs faibles et espacées. Le fond de l'utérus est très élevé. Enfant vivant. La tête en O. G. T. est mobile au-dessus du détroit supérieur. Le vagin est bourré de caillots sanguins. Un toucher prudent montre que le col est dilaté comme 40 sous, et que son orifice est couvert, surtout à droite, par une masse mollassse et rugueuse. Quoique l'écoulement sanguin soit insignifiant, M. Puech, interne du service, pratique le tamponnement du vagin avec des bourdonnets de ouate antiseptique, attachés en queue de cerf-volant, après avoir fait une abondante irrigation chaude antiseptique, pour débarrasser le vagin des caillots.

Même situation toute l'après-midi : douleurs peu fréquentes. Le tampon est bien supporté. Quelques envies de vomir non suivies de vomissements. Bruit du cœur fœtal.

A neuf heures et demie, douleurs plus vives, suivies de l'expulsion du tampon. Pas d'écoulement sanguin. Irrigation vaginale très chaude avec la liqueur de Van Swieten dédoublée. A ce moment, le col, dilaté comme 5 francs, est très dilatable. On sent nettement le placenta, décollé en partie à droite. Les bruits du cœur fœtal ne sont plus perçus.

A dix heures un quart, nouvelle injection.

A onze heures, l'état général s'aggravant, M. Gerbaud, chef du service, décide d'intervenir. La femme est placée en position obstétricale, le vagin irrigué une fois encore, et M. Gerbaud, introduisant la main dans l'utérus, saisit un pied et exécute facilement la version.

L'extraction fut plus difficile par suite du relèvement des bras et de la déflexion de la tête.

Délivrance cinq minutes après.

Plus d'hémorragie. Cependant, par précaution, on fait une piqûre d'ergotine Yvon. Irrigation chaude.

L'enfant ne peut être ranimé; c'est un garçon du poids de 3170 grammes. Le placenta pesait 390 grammes. L'ouver-

ture de l'œuf était constituée dans une moitié par le bord même du placenta.

Suites de couches. — Pendant les trois premiers jours, ascension thermique enrayée par 2 lavages intra-utérins, en dehors des injections vaginales. Mais l'état général reste absolument misérable. Le soir du neuvième jour, la malade est prise d'un violent frisson, en même temps que la température, à ce moment normale, remonte à 40°1. Gêne respiratoire très grande. Le lendemain, à l'auscultation, on constate des râles crépitants fins et du souffle au niveau du poumon gauche. L'état général, déjà si précaire, va encore en empirant. La famille, mise au courant de la situation, vient chercher la malade, pour la ramener chez elle. Elle succombe dans la voiture même qui servait au transport, le 12 mai, au matin, onze jours après l'accouchement.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le professeur Grynfeldt)

Cette observation, qui remonte à dix-sept ou dix-huit ans, se rapporte à une femme de Celleneuve arrivée près du terme de sa troisième grossesse et qui venait d'être prise d'une perte sanguine abondante.

L'examen méthodique de la malade révélait assez facilement l'existence d'un placenta prævia : le col, non encore complètement effacé, était facilement perméable au doigt qui atteignait sans peine quelques cotylédons placentaires au-dessus de l'orifice interne. D'ailleurs le segment inférieur de l'utérus, du côté droit surtout, présentait une épaisseur insolite due à la présence certaine du placenta. Parties fœtales vaguement accessibles. Fœtus vivant ; bruits du cœur à gau-

che et en avant, mais plus haut et plus en arrière que de coutume. La tête, placée en bas, n'est pas encore fixée au détroit supérieur. Pas de contractions utérines bien manifestes.

Les deux accouchements antérieurs de cette femme, âgée de trente ans environ, avaient été normaux et faciles. La grossesse actuelle, bonne jusque-là, avait été troublée, quelques jours auparavant, par une légère hémorragie survenue le matin, mais qui avait bientôt pris fin sous l'influence seule du repos.

En l'état, eu égard à l'abondance de l'hémorragie du moment (lit inondé de sang, face pâle, pouls misérable, tendance à la syncope), il n'y avait pas un instant à perdre, et un tamponnement aussi exact que possible fut pratiqué sans retard, sans spéculum, à l'aide de trois mouchoirs très propres, noués bout à bout, et dont les ourlets avaient été enlevés. Puis 3 grammes d'ergot de seigle, fraîchement pulvérisé, furent prescrits en six paquets, et administrés à raison d'un par heure, dans du vin chaud sucré et aromatisé.

La malade fut alors laissée dans un état aussi satisfaisant que possible, après l'application d'un bon bandage en T à la vulve.

Tout ceci se passait le matin, de très bonne heure. A une heure de l'après midi, un peu de sang imbibait le pansement, mais il n'y avait pas hémorragie à proprement parler. Le pouls s'était relevé ; les contractions utérines étaient bonnes, mais encore peu fréquentes. Le fœtus restait vivant.

A six heures du soir, les contractions deviennent plus énergiques et plus rapprochées. Le pansement est largement imbibé, mais d'un liquide clair et rosé ; l'œuf est probablement rompu. Le tampon a de la tendance à être expulsé du vagin. Les bruits cardiaques fœtaux s'entendent toujours ; ils sont plus bas et plus médians.

A huit heures, les douleurs présentent tout à fait le carac-

tère des contractions finales ; le tampon est expulsé en grande partie ; l'hémorragie est insignifiante ; les bruits du cœur du fœtus ont cessé. En quelques douleurs, le tampon est complètement expulsé et la tête fœtale apparaît aussitôt à la vulve. Elle ne tarde pas elle-même à être complètement expulsée, ainsi que le reste du corps de l'enfant, flanqué de la masse totale du placenta.

Le fœtus est mort. Il n'y a pas d'hémorragie de la délivrance.

Les suites de couches sont normales, mais le rétablissement de l'accouchée est long et pénible.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le professeur Grynfeldt)

En 1888, M. le professeur Grynfeldt fut appelé, par M. le Dr St-H. S..., en consultation près d'une cliente habituelle de M. le Dr L...

Cette femme, enceinte pour la troisième ou quatrième fois, venait d'avoir une abondante hémorragie qui avait failli l'emporter. Au moment de la consultation, l'hémorragie a cessé ; mais la malade présente les symptômes de l'anémie aiguë la plus accentuée.

Au toucher, le col est effacé, dilaté comme une pièce de 2 francs, mais ne permet d'atteindre ni les parties fœtales, ni le placenta. Les contractions sont faibles et éloignées ; le fœtus est vivant.

D'un commun accord, le tamponnement vaginal fut accepté comme le seul moyen d'intervention applicable dans l'espèce, et pratiqué séance tenante par M. St-H. S... Après irrigation vaginale préalable, chaude et antiseptique, des bourdonnets de

charpie imbibée d'eau additionnée de perchlorure de fer, furent introduits dans le vagin à l'aide d'un spéculum de Ferguson. — Bouillon, jus de viande, vin, rhum à hautes doses. En outre, deux injections sous-cutanées d'éther seront faites après le tamponnement.

La nuit fut mauvaise : quelques contractions utérines, mais faiblesse extrême de la malade, subdélirium, plusieurs éblouissements et pourtant pas de perte.

Dans la matinée du lendemain, la malade fut visitée par MM. St-H. S... et L... Le moment d'en finir avec cet accouchement paraissait arrivé : le tampon avait cédé et la dilatation était presque complète. Il s'agissait d'une présentation de l'épaule. Pendant que M. St-H. S... faisait la version podalique interne, la malade expira sans nouvelle perte sanguine notable.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M^{me} Rolland)

X..., vingt-huit ans, couturière, née à Montpellier. Bonne santé habituelle ; pas de maladies antérieures, sauf une fièvre typhoïde. La grossesse actuelle est la troisième ; des deux accouchements précédents, l'un s'est fait par le siège. Les enfants, nourris par la mère, sont morts à l'époque de la dentition.

Le 25 avril, à cinq heures du matin, au huitième mois révolu de sa grossesse, cette femme se réveille inondée de sang. M^{me} Rolland, aussitôt appelée, la trouve dans un état de pâleur et de faiblesse alarmant. Elle pratique le toucher et trouve un col effacé, mais non dilaté, avec une présentation du sommet. Elle n'a rien pour donner une injection antisepti-

que, mais elle fait un tamponnement aussi complet que possible au moyen de bourdonnets d'ouate attachés en queue de cerf-volant et imbibés d'une solution de sublimé.

M. le professeur Grynfeldt, prévenu, refait le tamponnement trois heures après, sans oublier de donner préalablement des injections très chaudes de liqueur de van Swieten. Pas de contractions, pas d'hémorragie visible à l'extérieur. La malade est soutenue avec de l'alcool, et cet état se maintient jusqu'à quatre heures de l'après-midi, moment où commencent des contractions énergiques et régulières. A dix heures du soir, le tampon est expulsé hors du vagin. M. le professeur Grynfeldt fait alors une application de forceps et extrait un enfant mort, bien développé, du sexe masculin.

La délivrance fit reconnaître une implantation marginale du placenta.

Les suites de couches ne furent pas mauvaises, mais la menstruation ne se rétablit que sept mois après l'accouchement, et la femme resta longtemps anémiée. Elle est actuellement enceinte de trois mois.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le docteur Auzillion, ex-interne à l'hôpital civil d'Oran. Pavillon 5, n° 5.)

Ascension G..., vingt-deux ans. Espagnole.

Pas d'antécédents morbides ; mariée à dix-neuf ans, toujours bien réglée. Enfant mort-né de huit mois, un an après son mariage. Suites simples.

La malade entre à l'hôpital, le 22 janvier 1891.

Cette femme, qui a eu ses dernières règles le 12 avril 1890, assure avoir eu, il y a quinze jours environ, une hémorragie assez abondante, survenue brusquement le matin, au réveil. Un médecin espagnol appelé aussitôt lui ordonna simplement

du repos. Après ce premier accident, elle n'éprouva aucun malaise, se leva et continua à vaquer à ses occupations. Le 21 janvier, nouvelle et abondante hémorragie qui survient brusquement et cesse de même. Très effrayée, la femme demande son admission à l'hospice, où elle entre le 22 janvier.

A l'examen, on sent, à travers les parois abdominales assez épaisses, l'utérus volumineux, élargi transversalement. La tête fœtale se trouve dans la fosse iliaque gauche, le dos en avant. Le fœtus est donc en présentation de l'épaule droite. Les bruits du cœur, très sourds, ont leur maximum au-dessous de l'ombilic.

Par le toucher vaginal, on constate que le col, aminci et entr'ouvert (dilatation égale à une pièce de deux francs) est obturé en partie par une masse charnue et anfractueuse, qui est le placenta. On sent un peu les membranes qui sont épaisses et tomenteuses.

Peu de temps après l'entrée à l'hôpital, nouvelle et abondante hémorragie. Tamponnement avec des bourdonnets de ouate isolés. Des douleurs assez violentes, survenant six heures après cette opération, indiquent le commencement du travail, durent un certain temps, puis cessent, tandis que les tampons extérieurs se teintent de sang : la malade tombe en syncope et meurt avant que l'on ait eu le temps de faire un nouveau tamponnement.

Les tampons avaient été repoussés par les contractions utérines, ainsi que le prouvait la présence d'énormes caillots de sang situés entre l'utérus et les tampons.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le docteur Guinier)

Madame X..., vingt-cinq ans, troisième grossesse. Les deux grossesses précédentes n'ont rien présenté de particu-

lier, sauf le premier accouchement, qui s'est terminé par une application de forceps ; à la suite de ces premières couches, légère métrite.

Au cours de la troisième grossesse, au début du neuvième mois (août 1889), on observe une légère perte de sang. Huit jours après, nouvelle perte plus abondante. Le repos le plus absolu n'arrête pas l'hémorragie, qui se produit dans la soirée et dans la nuit. A six heures du matin, l'application du tampon devient indispensable ; malgré cela, le travail reste nul. Sur les conseils de M. le professeur Grynfeldt, on donne de l'ergot de seigle en poudre ; 3 grammes restent sans effet ; de même 3 injections d'ergotine, de 1 gramme chacune, n'amènent aucun résultat. A minuit, le tampon est expulsé, à peine imbibé de sang. La dilatation permet l'introduction de trois doigts. Après attente, l'hémorragie reparait : application d'un nouveau tampon à une heure du matin. Ce tampon est très volumineux, mais il s'imbibe et laisse suinter du sang : le travail s'est franchement déclaré.

Au matin, la situation devient franchement mauvaise : la malade présente un facies terreux, un pouls filiforme et un épuisement extrême. A huit heures, le tampon est enlevé, la dilatation permet l'introduction de la main. Un cotylédon placentaire de la grosseur de la paume de la main est arraché. Le long temps écoulé depuis la rupture de la poche des eaux fait craindre quelques difficultés pour la pratique de la version. La main droite, laissée en place, sert de guide à l'introduction de la branche gauche du forceps, et, sans difficulté aucune, M. Grynfeldt extrait avec cet instrument un enfant mort : depuis la nuit, on n'entendait plus les battements du cœur.

Les suites de couches sont normales pendant les quatre premiers jours, grâce à une antiseptie rigoureuse. Mais, au cinquième jour, les accidents débutent par une crise de coli-

que hépatique, puis la fièvre s'allume, légère. Au dixième jour, phlébite de la cuisse gauche, du reste peu marquée. Six jours plus tard, grave phlébite de la cuisse droite, et la jambe devient énorme. La fièvre dure plus d'un mois.

La malade ne fut rétablie que quatre mois après l'accouchement, mais fut atteinte d'une métrite légère. Après quelques soins, se déclara une quatrième grossesse. Celle-ci se termina par une application de forceps, rendue nécessaire par une légère hémorragie survenant au moment de la dilatation complète par suite de l'insertion marginale du placenta.

OBSERVATION VII

(D'après les notes obligeamment communiquées par M. Puech)

M... (Madeleine), vingt-huit ans, née à Montpellier, entrée à l'hôpital le 30 décembre 1893. Secondipare.

De constitution délicate. Une première grossesse il y a huit ans, terminée normalement et à terme par la naissance d'un enfant vivant.

Les dernières règles remontent au 21 mars 1893.

Cette femme a eu, tout à coup, il y a un mois, une première hémorragie assez abondante, qui s'est arrêtée spontanément. Depuis lors, elle a dû garder le lit par suite d'hémorragies légères, mais répétées. Ces pertes se reproduisaient tous les trois ou quatre jours, duraient vingt-quatre heures, et s'arrêtaient spontanément. Jusqu'alors, traitement nul ou presque nul.

Dans la nuit du 29 au 30 décembre, vers les quatre heures du matin, elle a subitement une hémorragie très abondante, pour laquelle elle voit une sage-femme et un médecin qui la dirigent sur la clinique. A son arrivée, l'hémorragie était terminée. La femme est pâle et maigre, et présente une certaine

gêne de la respiration. Au palper, on trouve le dos à gauche (O G T), la tête mobile et élevée au-dessus du détroit supérieur. Le doigt introduit dans le vagin pénètre dans le col effacé et dilaté comme une pièce de 20 sous, et tombe sur le placenta qui le couvre totalement.

En raison de la mobilité de la tête et de sa tendance à glisser dans la fosse iliaque gauche, M. Puech applique la ceinture de Pinard. Il donne des injections vaginales chaudes, et prescrit du lait froid, des boissons froides et du rhum. Tout est préparé de manière à pouvoir introduire le ballon de Champetier de Ribes, dans le cas où l'hémorragie se reproduirait. Vagues douleurs dans les reins, mais pas de douleurs franches indiquant l'établissement régulier du travail.

Dans l'après-midi, vers quatre heures du soir, même état. Il s'est écoulé un peu de sang par la vulve. En somme, la quantité de sang perdue ainsi, dans la journée et dans la nuit, ne dépasse pas 100 grammes. A minuit, l'état général, resté peu satisfaisant, devient de plus en plus mauvais; des vomissements se déclarent, le pouls est de plus en plus faible, l'inhibition augmente; toujours pas de contractions utérines. En présence de cet état de choses, on fait appeler M. Puech, qui, trouvant une dilatation égale à une pièce de cinq francs, introduit immédiatement un ballon de Champetier de Ribes, en le dirigeant à gauche et en arrière, le placenta occupant le côté droit du col. Cette introduction se fait sans déchirure des membranes et détermine un écoulement sanguin insignifiant.

Après l'introduction du ballon, les douleurs se réveillent un peu. A trois heures du matin, le ballon, sur lequel on exerce de légères tractions, franchit le col utérin et tombe dans le vagin, d'où on l'extrait. A ce moment, le col, dont l'orifice est à moitié obturé à droite par le placenta, présente une dilatation égale à la paume de la main. M. Puech introduit alors la main dans la cavité utérine, rompt les membranes au ras du pla-

centa et pratique facilement la version. Il s'écoule un flot abondant de liquide amniotique. L'extraction se fait lentement en raison de la dilatation incomplète du col, elle est rendue un peu pénible par le redressement des bras, à l'abaissement desquels il fallut procéder. La tête fut rapidement extraite par la manœuvre de Mauriceau.

L'auscultation, pratiquée à plusieurs reprises, est restée négative relativement aux bruits du cœur. En faisant la version, on n'avait pas non plus senti les pulsations du cordon tombé entre les mains de l'opérateur.

L'enfant arrive mort-né, mais vigoureux et bien constitué. Il est du sexe mâle et pèse 3,600 grammes.

Pendant les manœuvres, pas plus que pendant l'extraction du délivre, qui fut très facile et suivit de près la sortie de l'enfant, il n'y eut d'hémorragie. L'état général n'en reste pas moins très mauvais; la malade s'affaiblit sans cesse, la dyspnée s'accroît davantage et le pouls devient imperceptible. Une demi-heure après la délivrance, la femme succombe malgré l'énergie des moyens employés; ligature des membres, injections sous-cutanées d'éther, inhalations d'oxygène, etc...

L'ouverture de l'œuf est constituée en partie par le bord du placenta. Ce dernier, très étalé, est peu épais et constitué par un placenta principal et un placenta accessoire. Le placenta principal mesure 23/17, le placenta accessoire 10/7.

OBSERVATION VIII

(Recueillie à la Maternité)

(Rédigée d'après les notes de M^{lle} Bazin, sage-femme en chef de la Maternité.)

G... (Clémence), trente-deux ans, journalière, entrée à la Maternité de l'Hôpital Général, le 4 décembre 1893.

Elle est au neuvième mois d'une sixième grossesse, les dernières règles s'étant montrées le 6 mars 1893. Les cinq grossesses antérieures n'ont présenté rien de particulier et se sont toutes terminées à terme par des accouchements normaux.

Il n'en est pas de même de la grossesse actuelle.

En effet, à chaque époque correspondant à la menstruation, elle a remarqué un écoulement sanguin se faisant par les organes génitaux. En outre, quinze jours avant son entrée dans le service, elle a été prise subitement d'une hémorragie assez abondante, pour laquelle il n'a rien été fait.

Cette femme est pâle, anémiée, maigre. Le ventre est peu volumineux. Le palper décèle un utérus dont le fond remonte à l'épigastre. Le fœtus, très mobile, a la tête non fixée au détroit supérieur, avec tendance à glisser vers l'une ou l'autre fosse iliaque. Au toucher vaginal, on constate un épaississement du segment inférieur de l'utérus, plus marqué à droite. Les bruits du cœur de l'enfant sont perçus au niveau de l'ombilic.

Le 11 décembre, à son réveil, cette femme s'aperçoit qu'elle a perdu un peu de sang. On lui fait garder le lit toute la journée et on place près d'elle plusieurs élèves sages-femmes en surveillance. Dans la soirée, vers les onze heures, cette femme est réveillée brusquement par la sensation d'un liquide chaud qui s'écoule des parties génitales. Quand on la découvre, elle est littéralement baignée dans son sang. On envoie chercher M. le professeur Grynfeldt, qui pratique le tamponnement vaginal en même temps qu'il institue un traitement pour remonter la malade très affaiblie et dont le pouls est à peine perceptible (piqûres d'éther, oxygène, alcool, bouillon et jus de viande, champagne frappé).

Le reste de la nuit et la matinée du lendemain, 12 décembre, se passèrent sans incident : la malade paraît s'être re-

montée, malgré l'apparition des vomissements; le tampon a bien tenu; pas d'hémorragie.

A une heure du matin, le tampon est violemment expulsé; il se fait une nouvelle hémorragie assez abondante, que modèrent un peu des irrigations chaudes.

M. le professeur Grynfeldt, retenu, envoie son chef de clinique, M. le Dr Puech. La femme, de plus en plus faible, perd toujours un peu de sang; le col est dilaté comme une pièce de 20 sous; on sent, le recouvrant, la face utérine du placenta. En présence de cet état de choses, M. Puech se décide à introduire le ballon de Champetier de Ribes, qui agira comme hémostatique, en même temps qu'il hâtera le moment où l'on pourra intervenir pour vider la cavité utérine.

A une heure et demie, introduction du ballon de Champetier. Celui-ci est introduit à droite et en arrière, en un point où le doigt explorateur a reconnu l'absence du placenta. La mise en place du ballon eut lieu *sans rupture des membranes* et sans déterminer d'hémorragie. Le ballon gonflé avec de l'eau sublimée, M. Puech exerça sur la queue des tractions lentes et soutenues, de manière à comprimer le placenta et à hâter la dilatation du col.

A partir de ce moment, cessation complète de l'hémorragie.

A deux heures et demie (une heure après l'introduction du ballon), la dilatation étant complète, et le ballon ayant été expulsé dans le vagin, M^{lle} Bazin introduit la main dans la cavité utérine, rompt la poche des eaux et pratique la version interne, aidée par les manœuvres externes exécutées par M. Puech. Nécessité de l'abaissement des bras, relevés. Manœuvre de Mauriceau et de dos sur ventre.

Délivrance naturelle dix minutes après l'accouchement.

Toutes ces manœuvres ont lieu sans qu'il se soit produit d'hémorragie.

Enfant mort-né, du poids de 2,520 grammes.

Poids du placenta, 360 grammes.

On fit passer dans l'utérus une abondante quantité d'eau chaude sublimée. Sous son influence, l'utérus était bien revenu sur lui même, sans qu'il fût besoin d'avoir recours à l'injection sous-cutanée d'ergotine préparée en prévision d'une hémorragie post partum. En même temps, on insistait sur les moyens destinés à relever l'état général.

Malgré ce, cet état alla de plus en plus déclinant.

A huit heures du soir, M. Puech pratiqua une injection sous-cutanée de 1 centigram. d'ergotine.

A minuit, la femme succombait, dix heures environ après la délivrance.

OBSERVATION IX

(Personnelle)

Ch... (Apollonie), trente-huit ans, domestique, entrée le 3 janvier 1894, secondipare.

Régée à quinze ans. Irrégularités dans la menstruation durant la première année, puis régularité parfaite. Les pertes, assez abondantes, durent six ou huit jours.

Il y a six ans, avortement au troisième mois, sans grandes pertes et sans causes directes.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 11 avril 1893, durent jusqu'au 17.

Examinée le 10 janvier, cette femme offre un abdomen volumineux, étalé transversalement ; l'utérus remonte à cinq travers de doigts au-dessus de l'ombilic ; on diagnostique une présentation transversale acromio-iliaque droite de l'épaule gauche. Le fœtus est très mobile, les bruits du cœur sont entendus à droite et en avant.

Le 10, version externe, amenant la tête au détroit supérieur en O I D P ; ceinture de Pinard.

Le 12, la tête est trouvée au détroit supérieur.

Le 19, œdème sus-pubien et des membres inférieurs, tête au détroit supérieur, mais non encore engagée.

Le 23, à trois heures du matin, hémorragie assez considérable qui s'arrête sous l'influence d'une injection très chaude.

A huit heures et demie, le col est perméable, le doigt tombe sur le placenta.

Le 30 janvier, l'examen du matin montre un col complètement effacé. Dans l'après-midi, petit écoulement sanguin précédé d'un écoulement de liquide clair (amniotique ?). Cette hémorragie est assez facilement arrêtée par une irrigation vaginale très chaude et très abondante.

A sept heures du soir, apparition des premières douleurs en même temps que se déclare une hémorragie assez forte.

A huit heures, le col est dilaté comme une pièce de 40 sous, les douleurs sont fortes et rapprochées. La tête s'engage au détroit supérieur en O I D A. La poche des eaux est trouvée rompue ; des cotylédons placentaires sont sentis à gauche et en avant ; à trois ou quatre reprises, pendant la période de dilatation, il s'écoule, au moment de la contraction, un peu de sang mêlé de quelques caillots ; mais, à partir de neuf heures du soir, cessation absolue de toute hémorragie.

A neuf heures et demie, la dilatation est complète ; la tête en O I D A commence à attaquer le bassin mou. Douleurs fortes et rapprochées ; l'auscultation fait entendre les bruits du cœur immédiatement à droite de la ligne médiane ; ces bruits, quoique réguliers, sont cependant un peu ralentis.

A dix heures et quart, terminaison spontanée de l'accouchement : dégagement de la tête en O P, rotation de l'occiput vers la cuisse droite ; ligature tardive du cordon. L'enfant, du sexe mâle, pèse 3,690 grammes. Les cris et la respiration sont un peu lents à s'établir.

Écoulement sanguin un peu plus abondant que d'habitude pendant le décollement du placenta. Vingt minutes après, délivrance par expression et traction. L'utérus revient bien sous l'influence d'une injection vaginale chaude. Plus d'hémorragie.

L'insertion placentaire est presque centrale. Le placenta, étalé, offre comme diamètres 20/21, il pèse 490 grammes.

L'ouverture de l'œuf est constituée dans une moitié par le bord même du placenta ; à ce niveau, les cotylédons placentaires sont légèrement déchiquetés.

OBSERVATION X

(Personnelle)

Th. (Eugénie), trente-quatre ans, entre à la clinique le 20 février 1894. Elle a eu cinq grossesses antérieures terminées normalement et à terme. Deux de ses enfants sont vivants.

La grossesse actuelle remonte au mois de juin 1894.

La rupture de la poche des eaux s'est produite le 17 février ; depuis ce moment, on observe un écoulement continue de liquide amniotique. Le palper révèle que la tête est en bas et très engagée, le dos à gauche et en avant. Le doigt introduit dans le vagin rencontre un col encore long, à peine diminué de longueur. Le fœtus est en OIGA.

A minuit, le col est complètement dilaté. Peu de temps après, l'accouchement a lieu et l'enfant se dégage en OP, avec un circulaire autour du cou.

L'enfant, du sexe masculin, présente un bon état général et pèse 2,360 grammes.

Le placenta, de forme arrondie, mesure, comme dimensions, 16/17.

Les membranes sont entières ; leur ouverture est très rapprochée des bords.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUVARD. — Thèse d'agrégation, 1886.
- BITOT. — Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement de l'hémorragie liée à l'insertion vicieuse du placenta (Th. de Paris, 1880).
- CHAMPETIER DE RIBES. — Dilatation du canal génital à l'aide de ballons introduits dans la cavité utérine pendant la grossesse (Annales de gynécologie, 1888).
- CHARPENTIER. — Archives de tocologie, 1874.
- DYLION (M^{lle}). — De l'insertion vicieuse du placenta (Th. de Paris, 1890).
- JOUE. — D'un nouveau traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta (Th. de Paris, 1892).
- LACHAPELLE (M^{me}). — Pratique des accouchements.
- PINARD. — Annales de gynécologie, 1886.
- SCHRÖDER. — Accouchements.
- VIVIEN. — Placenta prævia et tamponnements (Th. de Paris, 1892).
-

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 8 mars 1894.

Le Recteur,
J. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 8 mars 1894.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
